

## Asystent lekarza – projekt nowego zawodu w polskiej służbie zdrowia

Michał O. Zembala

Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii ŚUM, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2008; 5 (2): 208–210



Rosnące zapotrzebowanie na wysokospecjalistyczne zabiegi medyczne przy stale rosnących kosztach pracy i ograniczeniach czasowych sprawia, iż polski system ochrony zdrowia staje w obliczu problemu organizacyjnego, którego konsekwencje najmocniej dotkną jego beneficjentów, czyli chorych. W trosce o jak najwyższy standard, jak również rosnącą efektywność i opłacalność leczenia, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu zaproponowało wprowadzenie całkowicie nowej medycznej profesji – asystenta lekarza.

### PA – Partners in Medicine

Proponowana profesja – asystent lekarza (AL) jest wzorowana na istniejącym od 1965 r. w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej zawodzie *Physician Assistant* (PA), który wprowadzono jako odpowiedź na rosnący niedobór lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Mianem *Physician Assistant* określa się w USA samodzielnego pracownika służby zdrowia, uprawnionego do wykonywania określonych procedur medycznych i zabiegowych wyłącznie pod nadzorem lekarza. Dziś w USA zarejestrowanych jest ponad 75 tys. PAs, skupionych w ponad 140 różnych dziedzinach i specjalnościach medycznych. Do zadań PA należy nie tylko przedmiotowe i podmiotowe badanie chorego, prowadzenie diagnostyki i terapii, ale także czynny udział przy zabiegach chirurgicznych w zakresie pierwszej lub drugiej asysty.

Ważne jest zrozumienie, iż PA pracuje pod nadzorem i na odpowiedzialność lekarza (*supervising physician*) a jego obowiązki i prawa są ściśle regulowane przez prawo stanowe (*State Law*), odrębne dla każdego ze stanów Ameryki Północnej.

Udowodniona skuteczność i efektywność pracy PA sprawiła, iż po model amerykański sięgnęły kraje Europy Zachodniej, widząc w tym szansę poprawy własnych systemów opieki zdrowotnej. W 2001 r. pilotażowy program rozpoczęto w Holandii, w 2002 r. w Anglii, w 2003 r. w Kanadzie oraz RPA. W 2006 r. podobny, 2-letni pilotażowy program uruchomiono w Szkocji. Wyniki tychże programów były niezwykle pozytywne: stwierdzono, iż w zakresie opieki podstawowej PAs

wykonywali pracę kliniczną w szerokim zakresie, o podobnej skali problemów do tej, z jakimi spotykali się lekarze nadzorujący ich pracę. PAs wykonujący obowiązki z zakresu podstawowej opieki medycznej spotkali się z bardzo pozytywnym przyjęciem ze strony lekarzy, personelu średniego szczebla oraz chorych. Podobnie opinie wyrażano na temat asystenów pracujących na oddziałach chirurgicznych oraz wypadkowych. Pacjenci podkreślali bezpośrednie zaangażowanie PAs w proces diagnostyki i leczenia, dobrą komunikację i profesjonalne udzielanie informacji.

### Program szkolenia – adaptacja czy stworzenie własnego?

Pierwsza klasa nauczająca zawodu asystenta lekarza powstała w 1965 r. z inicjatywy dr Eugene Stead z Duke University Medical Center, North Carolina. Założeniem programu było stworzenie medyka pierwszego kontaktu dla mieszkańców prowincji, dla których kontakt z lekarzem był, z racji odległości lub problemów finansowych, trudno dostępny. Co ciekawe, pierwsza grupa uczniów składała się prawie wyłącznie z paramedyków wojskowych służących na frontach II wojny światowej oraz wojen w Korei i Wietnamie, a program nauczania w znacznej mierze opierał się na *curriculum* stworzonym przez armię amerykańską. Ten ścisły, intensywny kurs łączący pierwszą pomoc medyczną, podstawy interny, chirurgii i ortopedii był zaprojektowany tak, by w możliwie najkrótszym czasie osoby wcześniej z medycyną niezwiązane wyszkolić na zdolnych do ratowania życia i zdrowia żołnierzy.

Dziś aplikanci do programu PA muszą legitymować się wykształceniem wyższym (*college degree*) z preferowanym doświadczeniem paramedycznym, pielęgniarskim lub pokrewnym. Program nauczania PAs opiera się na *curriculum* akredytowanym przez *Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant* (ARC-PA) i jest realizowany przez uniwersytety, college oraz szkoły szpitalne. W ubiegłym roku ARC-PA akredytowała aż 136 takich programów. Szkolenie trwa średnio 26 miesięcy i zostało zaprojektowane na wzór szkolenia lekarskiego, podzielonego

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Michał O. Zembala, Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii ŚUM, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, 41-800 Zabrze, tel. 032 278 4334, faks 032 271 52 66, e-mail: m.zembalajr@scs.pl

na trwającą 10 miesięcy część przedkliniczną oraz kliniczną (16 miesięcy). Część przedkliniczna zawiera trzon nauk podstawowych, takich jak anatomia, fizjologia, mikrobiologia, biochemia, farmakologia, patologia oraz wstęp do specjalności lekarskich – nauka wywiadu lekarskiego, diagnostyki laboratoryjnej. Drugi rok szkolenia skupia się na części klinicznej, której czas trwania i zakres nauk jest różny w zależności od uczelni, jednakże zgodnie z wytycznymi ARC-PA zawiera elementy medycyny rodzinnej, internę, chirurgię, ortopedię, ginekologię, pediatrię oraz psychiatrię. Kończąc szkolenie, adepci mają przepracowane średnio 2 tys. godzin w warunkach szpitalnych i poradniach lekarskich. Program kończy egzamin państwowy (*Physician Assistant National Certifying Examination*), którego pozytywny wynik gwarantuje uzyskanie tytułu *Physician Assistant – Certified (PA-C)*. W większości szkół możliwe jest także otrzymanie tytułu magistra (*Master's degree*).

Od asystenta lekarza, podobnie jak od lekarza, wymaga się ustawicznego szkolenia – w ciągu 2 lat PA wymagane jest uzyskanie minimum 100 punktów CME, natomiast co 6 lat konieczne jest przystąpienie do państwowego egzaminu weryfikującego (*recertification*).

### Program pilotażowy – PA@SCCS. PL

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu (SCCS) będąc wiodącym ośrodkiem kardiologicznym i kardiologicznym w kraju, zaproponowało projekt pilotażowy mający na celu wprowadzenie stanowiska asystenta lekarza do praktyki szpitalnej. Projekt powstał w celu usprawnienia pracy oddziału i zapewnienia jeszcze lepszej opieki przebywającym na nim pacjentom. Ze względu na wysoce specjalistyczny profil Centrum oraz na charakter programu, w pierwszej, trwającej 3 lata fazie (z czego 18 miesięcy trwają staże i kursy), dotyczyć on będzie wyłącznie Oddziału Kardiologii i Transplantologii Klinicznej. Na podstawie wyników i wniosków uzyskanych z okresu próbnego zostaną podjęte dalsze kroki w celu rozszerzenia bądź restrykcji roli i funkcji asystenta lekarza.

Program szkolenia zakłada 18-miesięczny okres nauki, który zakresem obejmowałby elementy interny i kardiologii (3 miesiące, prowadzony w warunkach oddziału kardiologii i kardiologii), intensywnego nadzoru (3 miesiące, sala „step-down”, „0”) oraz intensywnej opieki pooperacyjnej (5 miesięcy). Szkolenie rozpoczynać będzie miesięczny kurs BLS/ACLS zakończony egzaminem oraz miesięczny kurs diagnostyki laboratoryjnej. Po ukończeniu tychże kandydat kolejnych 5 miesięcy spędzi na bloku operacyjnym, ucząc się technik pobierania materiału do pomostowania tętnic wieńcowych oraz asystowania przy zabiegach kardiologicznych. Każdy szkolący się zostanie przypisany do jednego lekarza-opiekuna (specjalista kardiolog), który odpowiadać będzie za prawidłowe i efektywne szkolenie. Program kończy egzamin praktyczny oraz teoretyczny, przeprowadzany wewnętrznie z udziałem konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii oraz specjalisty kardiologa spoza ośrodka szkolącego.

Zarówno kanadyjskie, jak i europejskie programy pilotażowe zakładały zatrudnienie asystentów lekarzy szkolonych w USA. Za takim rozwiązaniem przemawia doświadczenie i znajomość określonych procedur medycznych i zakresu pracy PA. Proponowany przez SCCS program rozważa zatrudnienie jednej osoby szkolonej w systemie amerykańskim na okres konieczny do przeszkolenia pozostałej części zespołu AL. Jednakże, biorąc pod uwagę wysokość średniego wynagrodzenia PA w USA (86 tys. 214 dol. rocznie – dane z roku 2007) zaproponowanie pensji na podobnym poziomie jest niemożliwe, co czyni niniejszą ofertę pracy mało atrakcyjną dla obywateli USA. Rozwiązaniem alternatywnym jest oddelegowanie dwu AL na 3–6-miesięczne szkolenie do jednego ze szpitali amerykańskich, z którym SCCS stale współpracuje, a który posiada akredytowany przez ARC-PA program szkolenia.

W warunkach polskich licencjonowana pielęgniarka/pielęgniarsz z 5-letnim stażem pracy spełnia wstępne warunki rekrutacji. Doświadczenie w pracy na oddziale kardiologii lub intensywnej opieki pooperacyjnej jest preferowane. Ponadto kandydat musi wykazać się przynajmniej podstawową znajomością języka angielskiego, silną motywacją oraz umiejętnością pracy w zespole. Zgodnie z założeniami amerykańskimi, asystent lekarza (AL) byłby samodzielnym pracownikiem ochrony zdrowia sprawującym opiekę medyczną, uprawnionym do udzielania świadczeń zdrowotnych w ograniczonym zakresie pod nadzorem lekarza.

Wyniki programu pilotażowego zostaną wzbogacone o ankietową ocenę pracy asystentów dokonaną przez pacjentów oraz personel lekarski i pielęgniarski. Po opracowaniu będą upublicznione.

### Perspektywy rozwoju – dlaczego warto?

Obecnie zawód asystenta lekarza jest jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się zawodów medycznych w USA. Opublikowany w 2006 r. doroczny raport amerykańskiego departamentu pracy (*US Dept of Labor*) przewiduje wzrost zapotrzebowania na PAs o ponad 30% w ciągu najbliższych 8 lat (z obecnych 66 tys. zatrudnionych do 83 tys.), odzwierciedlając w ten sposób zapotrzebowanie intensywnie rozwijającego się rynku medycznego, ale także towarzyszących temu zjawisku problemów ekonomicznych, jak wzrost kosztów pracy lekarza. Głównie przez wzgląd na spodziewaną redukcję kosztów USDL prognozuje, iż większość PAs zostanie zatrudnionych w charakterze „lekarza” pierwszego kontaktu oraz na salach operacyjnych, pracując w charakterze asysty chirurga. Atrakcyjność zawodu podnoszą stosunkowo duża autonomia działania oraz wysokie płace – średnia roczna pensja PA wynosiła w 2006 r. 74 tys. 980 dol. (minimalnie 43 tys. i maksymalnie 102 tys. 230 dol.); dane z 2007 r. mówią o średniej rocznej pensji na poziomie 86 tys. 214 dol.

Opłacalność (*cost effectiveness*) pracy AL w porównaniu z lekarzem ogólnym zależy od wielu czynników. W niektórych wypadkach niższy koszt AL zostaje wyrównany przez dłuższy czas konsultacji i niższy stopień działalności, w innych

wypadkach opłacalność pracy AL jest bardzo widoczna. Co ważniejsze, AL zapewniają możliwość prowadzenia opieki medycznej na stałym bądź rosnącym poziomie w sytuacji ograniczonej liczebności zespołu lekarskiego czy też rosnących kosztów pracy lekarza.

Na podstawie doświadczeń amerykańskich, a także pilotażowych programów europejskich można z całą pewnością stwierdzić, iż AL mają pozytywny wpływ na jakość usług w podstawowej i specjalistycznej opiece medycznej. Dzięki ich współpracy z lekarzami poprawiła się dostępność opieki medycznej, łatwiejszy także stał się rozwój służby zdrowia. Pacjenci bardzo wysoko ocenili jakość opieki świadczonej przez LA. Nie ma żadnych dowodów świadczących o tym, że wprowadzenie na rynek pracy PA spowodowało jakiegokolwiek zmiany w przededefiniowaniu obszaru zawodowego czy zmianie charakteru pracy pomiędzy zawodami.

### **Wiadomość z ostatniej chwili**

27 maja 2008 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się robocze spotkanie dotyczące programu „Asystent lekarza”. Uczestniczyli w nim przedstawiciele Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego przy Ministrze Zdrowia mgr Chmielewska oraz mgr Kramek i mgr Nowak, dyrektor policealnego

studium pielęgniarskiego mgr Dziurska, kierownicy bądź przedstawiciele klinik kardiologii: dr n. med. Romuald Cichoń (Wrocław), dr hab. n. med. Michał Krejca (Katowice) oraz dr n. med. Michał Zembala (Zabrze) – koordynator programu.

Potrzeba utworzenia nowego stanowiska w polskiej służbie zdrowia została, na prośbę środowiska kardiologicznego, dostrzeżona przez MZ, a projekt pilotażowy zyskał dużą aprobatę ministra zdrowia. Jednocześnie program wzbudził szereg pytań i kontrowersji dotyczących nie tylko zakresu zadań AL, ale także sposobu szkolenia i rekrutacji. Spornym pozostaje także fakt, czy „asystent” powinien ograniczyć się jedynie do roli asystenta chirurgicznego czy też asystenta lekarza w szerszym tego słowa znaczeniu.

Niezależnie od prowadzonych dyskusji, które są nieodzownym elementem przemian, cieszy fakt, iż MZ jest przychylnie inicjatywie lekarzy, dostrzegając w zawodzie AL nie konkurencję dla zawodu lekarza, ale trafne i opłacalne jego uzupełnienie. W myśl tego stworzenie zespołu lekarz – asystent – pielęgniarka pozwoli na bardziej wydajne wykorzystanie czasu pracy oraz budżetu placówki zdrowotnej.